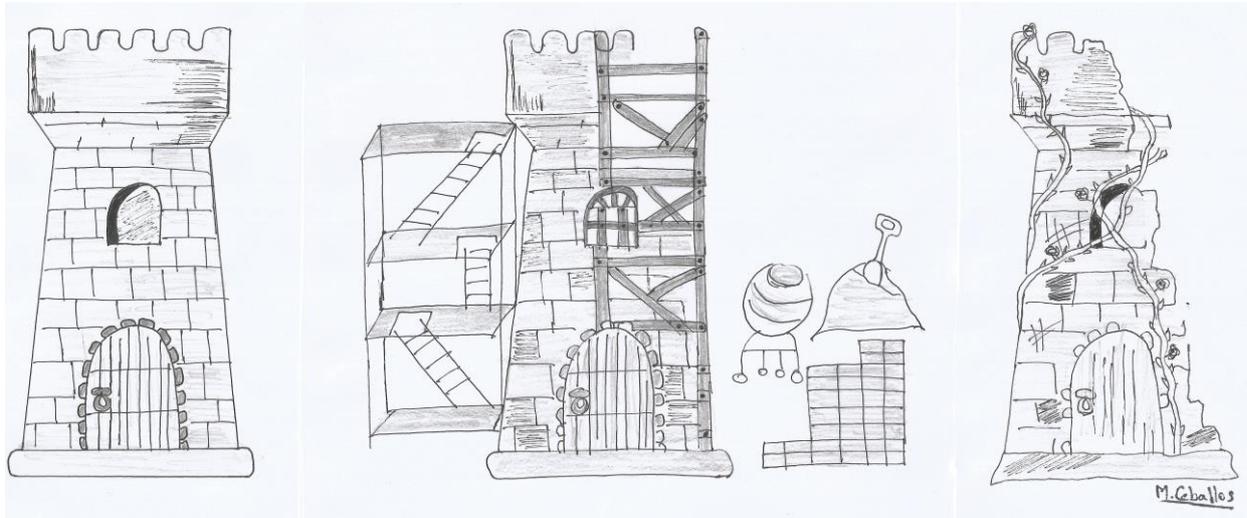


TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN LAS DEMENCIAS: ABORDAJE DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA



NON-PHARMACOLOGICAL THERAPIES IN DEMENTIA: APPROACH FROM THE NURSING PERSPECTIVE

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA "CASA DE
SALUD VALDECILLA"

Grado en Enfermería 2017

Autor: María Ceballos Medina

Directora: Laura Calzada Palacios

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
Objetivos	5
Metodología	5
CAPÍTULO I. LAS DEMENCIAS	7
1.1 Definición de demencia.....	7
1.2 Criterios diagnósticos de la demencias	7
1.3 Signos y síntomas de la demencia.....	8
1.4 Clasificación y tipos de demencia.....	9
1.5 Demencias degenerativas	10
1.5.1 La enfermedad de Alzheimer	11
1.5.1 a) Factores de riesgo	11
1.5.1 b) Diagnóstico.....	12
1.5.1 c) Fases de la EA	13
1.5.1 d) Tratamiento.....	14
d.1) Tratamientos farmacológicos	14
d.2) Tratamientos no farmacológicos	15
CAPÍTULO II. LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS	16
2.1 Estimulación cognitiva y otras técnicas de rehabilitación y entrenamiento cognitivo	16
2.2 Musicoterapia.....	17
2.3 Intervención asistida con animales	17
2.4 Reminiscencia y Terapia de orientación a la realidad	18
2.5 Entrenamiento en las actividades de la vida diaria.....	18
2.6 Apoyo, asesoramiento y educación al cuidador	18
2.7 Otros tratamientos e intervenciones no farmacológicas.....	18
CAPÍTULO III. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	19
CONCLUSIONES	28
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS	32

RESUMEN

Aproximadamente 47,5 millones de personas sufren demencia en el mundo, se trata de una de las enfermedades de mayor progresión actualmente. Una de las formas más comunes es la enfermedad de Alzheimer situándola como la séptima causa de muerte en el año 2015.

Mediante este trabajo se pretende describir en rasgos generales qué es la demencia, fases, diagnóstico y tipos que existen centrandose posteriormente la información hacia la enfermedad de Alzheimer, causas, diagnóstico, sintomatología y tratamientos disponibles. De las diferentes terapias que se pueden aplicar analizaremos en profundidad las terapias no farmacológicas. Seguidamente, trataremos los aspectos y el papel de enfermería en este tipo de intervenciones aplicadas y dirigidas al paciente y/o a sus cuidadores.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, junto con obras impresas y páginas web oficiales para la confección del presente trabajo.

En conclusión, tras la revisión bibliográfica, se muestra la importancia en la búsqueda de nuevos tratamientos para la enfermedad, evitando así los efectos adversos derivados de la terapia farmacológica. También se pone de manifiesto el trabajo de los profesionales de enfermería como proveedores de cuidados para mantener la calidad de vida de las personas.

Palabras clave: Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Terapias no farmacológicas, Terapia Cognitiva.

ABSTRACT

Approximately 47.5 million people suffer from dementia in the world, it is one of the most increasing diseases today. One of the most common forms is Alzheimer's disease as the seventh cause of death in 2015.

Through this work we will describe in general features what dementia is, its phases, diagnosis and types. Subsequently we will focus on Alzheimer's disease, causes, diagnosis, symptomatology and available treatments. Among the different therapies that can be applied we will make an in-depth non-pharmacological therapies analysis. Then, we will discuss the aspects and role of nursing in this type of interventions applied and addressed to the patient and/or their caregivers.

A bibliographic search has been carried out in different databases, together with printed works and official web pages for the preparation of the present work.

In conclusion, after the bibliographic review, the importance in the search of new treatments for the disease is shown, thus avoiding the adverse effects derived from the pharmacological therapy. It also highlights the work of nursing professionals as care providers to maintain the quality of life of people.

Key words: Dementia, Alzheimer's disease, Non-pharmacological Therapies, Cognitive Therapy.

INTRODUCCIÓN

Alrededor de 47,5 millones de personas conviven con una de las enfermedades de mayor prevalencia en todo el mundo, la demencia. Se estima que cada año aparecen en torno a 7,7 millones de nuevos casos. A pesar de las múltiples causas de demencia en el individuo, una de las más conocidas y estudiadas es la enfermedad de Alzheimer. Supone no sólo la causa más común de demencia sino también aquella a la que se le atribuye el mayor número de casos, entre un 60-70%. Estimaciones realizadas en el año 2016, establecen la casi duplicación del número de personas llegando a alcanzar cifras de 75,6 millones en el año 2030 a 135,5 millones en 2050 (1,2).

Actualmente, en España, las enfermedades del sistema nervioso suponen la cuarta causa de muerte, situándose solamente por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio. Los últimos datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) ubican a la demencia y a la enfermedad de Alzheimer como la cuarta y la séptima causa de muerte más habitual en nuestro país en el año 2015, respectivamente (3).

A nivel de comunidades autónomas, en la nuestra, Cantabria, las enfermedades del sistema nervioso se sitúan como la quinta causa de muerte por detrás de los trastornos mentales y del comportamiento (cuarta causa) y las antes mencionadas a nivel nacional que mantienen la misma posición. A excepción del año 2012, que hubo un pequeño descenso en el número de defunciones por enfermedades del sistema nervioso en Cantabria, en los últimos cinco años se ha visto incrementado este valor, teniendo como último dato de 363 defunciones en el año 2015 (3,4).

La demencia es una enfermedad que produce un deterioro persistente y progresivo de la función cognitiva. Afecta a las áreas de la memoria, el pensamiento, el lenguaje, el aprendizaje, el cálculo y el juicio. Una de sus formas de presentación más frecuente, sus causas es la enfermedad de Alzheimer (EA), la más conocida; pero también se ha de destacar la demencia por cuerpos de Lewy, demencia vascular y demencia por la degeneración del lóbulo frontotemporal. Dado que, para dicha enfermedad, no existe una cura o tratamiento farmacológico que pueda resolverla, y debido al gran número de casos y la alta prevalencia, surge la necesidad de otras medidas que puedan paliar y mejorar la calidad de vida de las personas así como los aspectos no cognitivos que se ven alterados, las emociones y conductas (1,5,6). En este punto encontramos como herramienta a las terapias no farmacológicas (TNF).

A pesar de la existencia de tratamientos farmacológicos (TF) como los antipsicóticos, inhibidores de la acetilcolinesterasa, benzodiazepinas y antidepresivos que son algunos de los más empleados para la prevención, enlentecimiento de la enfermedad y el control de los síntomas emocionales y del comportamiento se han de tener ciertas precauciones. Estos fármacos presentan efectos adversos que se deben considerar antes de su uso y que pueden suponer un riesgo para la salud de los pacientes causando accidentes cerebrovasculares, infartos, sedación entre otros. Es por este motivo, y por el efecto, a su vez, limitado de los fármacos antes mencionados que no presentan capacidad de curación, que es imperante el empleo de las TNF como nuevas medidas para el manejo de la enfermedad y en ciertos casos sería beneficioso una combinación de ambos tratamientos: TF y TNF (7-10).

Las terapias no farmacológicas son un grupo de intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas, fortalecer las relaciones sociales, el bienestar psicológico, las conductas, el estado de ánimo y la reducción del estrés (11-13).

De acuerdo con la situación que se vive actualmente entorno a este tipo de enfermedades neurodegenerativas, considero necesario realizar una revisión sobre el tema y

profundizar en el papel de enfermería en las TNF con el objetivo de aplicar unos cuidados de calidad a estos pacientes que las padecen.

El presente trabajo está compuesto por tres capítulos donde desarrollamos distintos aspectos entorno al tema de esta monografía. En el primer capítulo tratamos el tema de las demencias en general, el concepto, la clasificación y tipos, haciendo especial mención a la enfermedad de Alzheimer ya que se trata de la causa de demencia más habitual y sobre la que más estudios se pueden recopilar así como, aquella para la cual se han desarrollado más terapias.

A continuación, con el segundo capítulo abordamos el tema de las terapias no farmacológicas, en qué consisten, su efectividad, los diferentes tipos que existen y se emplean actualmente y a quién van dirigidas.

Por último, en el capítulo tres explicaremos algunas de las TNF recogidas en la clasificación de intervenciones de enfermería que reflejan la labor de los profesionales de enfermería y las actividades que deben realizar, siempre con el fin de prestar unos cuidados de calidad mediante una atención integral al individuo con la perspectiva de satisfacer las necesidades que se presentan en pacientes que sufren demencia.

Objetivos

- **Objetivo general:**
 - Desarrollar el concepto de terapias no farmacológicas y explicar el papel de enfermería en la aplicación de estas intervenciones.
- **Objetivos específicos:**
 - Definir los diferentes tipos de demencias, sus características y clasificación.
 - Diferenciar y analizar la enfermedad de Alzheimer dentro del grupo de las demencias.
 - Describir las terapias y tratamientos no farmacológicos disponibles para tratamiento de las demencias.

Metodología

Para elaborar esta monografía se realizó una búsqueda bibliográfica para encontrar información, artículos y documentos que versasen sobre el tema tratado desde enero de 2017 hasta abril del mismo año. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos y buscadores que son: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden Plus, Dianlet y Google Académico.

Se emplearon una serie de descriptores recogidos en la National Library of Medicine de Estados Unidos (MeSH, Medical Subject Headings) y en la Biblioteca Virtual en Salud (DeCS, Descriptores en Ciencias de la Salud). Para ello se realizaron diferentes combinaciones entre las palabras clave seleccionadas con el operador booleano “AND”:

Tabla 1. Palabras clave, MeSH y DeSC.

MeSH	DeCS
<i>Dementia</i>	<i>Demencia</i>
<i>Alzheimer Disease</i>	<i>Enfermedad de Alzheimer</i>
<i>Nonpharmacological Therapies</i>	<i>Terapias no farmacológicas</i>
<i>Cognitive Therapy</i>	<i>Terapia Cognitiva</i>

Obteniendo un total de 83 artículos en Pubmed, 5 artículos en la biblioteca Cochrane Plus, 11 artículos en Cuiden Plus y 25 en Dianlet. Se tuvieron en cuenta para la selección de los artículos el año de publicación (que se encontrase entre los años 2007 y 2017), el idioma (Inglés o Castellano), la disponibilidad del texto completo y que estuvieran relacionados o versasen sobre el tema cuyo objetivo tiene el presente trabajo.

Otras fuentes que, adicionalmente, se consultaron para la elaboración de esta monografía fueron el Instituto Nacional de Estadística (INE), Organización Mundial de la Salud (OMS), fundaciones como la Fundación María Wolff además de la información obtenida de búsquedas secundarias y manuales como el DSM-5. Se utilizó un total de 39 documentos.

CAPITULO I. LAS DEMECIAS

1.1 Definición de demencia

En la actualidad, como establece el DSM-5 (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders) la demencia se engloba dentro de un término más amplio que recoge a las enfermedades cuya característica principal es la afección cognitiva, no presente desde el nacimiento o infancia sino, adquirida; se trata de los Trastornos Neurocognitivos. Sin embargo, el término demencia se sigue empleando dado su uso cotidiano y fácil comprensión para designar a aquellas personas mayores que padecen cualquier tipo de demencia degenerativa (6).

“La demencia se incluye bajo la entidad recientemente nombrada como trastorno neurocognitivo mayor...” (6).

Se puede definir la demencia como un síndrome, de carácter crónico o progresivo, por el cual se ven afectadas diferentes funciones del cerebro. Afecta a la capacidad de procesado del pensamiento, a la memoria, comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y realizar cálculos así como la autonomía en la toma de decisiones; estos síntomas cognitivos suelen ir acompañados además de alteraciones del control emocional, del comportamiento social o la motivación. En definitiva, dichas alteraciones y síntomas cognitivos, psicológicos y conductuales actúan sobre la capacidad de la persona para desarrollar las actividades cotidianas de la vida diaria, causadas por la enfermedad y no como consecuencia del deterioro normal en el envejecimiento (2,5,14,15).

1.2 Criterios diagnósticos de la demencia

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) en su 5ª edición, también conocido como DSM-5 establece los criterios por los cuales se realiza el diagnóstico de demencia (Tabla 2). Se hace patente la importancia de evaluar el deterioro cognitivo y establecer por tanto el estado en el que se encuentra el individuo, su capacidad de autonomía, alteraciones del comportamiento, pensamiento y razonamientos así como la presencia de demencia debido a otra enfermedad (por ejemplo: Alzheimer, Cuerpos de Lewy), traumatismos, accidentes cerebrovasculares... entre otros.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de la demencia. DSM-5

- | |
|--|
| <p>A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basadas en:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva, y2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa. <p>B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).</p> <p>C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirium.</p> |
|--|

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

- Subtipo etiológico: enfermedad de Alzheimer, degeneración del lóbulo frontotemporal, enfermedad por cuerpos de Lewy, enfermedad vascular, traumatismo cerebral, enfermedad de Parkinson...etc.

Especificar:

- Sin alteración del comportamiento: Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.
- Con alteración del comportamiento (especificar la alteración): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (p. ej., tareas del hogar, gestión del dinero).
- Moderado: Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p. ej., comer, vestirse).
- Grave: Totalmente dependiente.

Fuente: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association. DSM-5.*

1.3 Signos y síntomas de la demencia

Existen una serie de signos y síntomas presentes en la demencia que podemos agrupar en tres fases de aparición temprana, intermedia o avanzada (Tabla 3). Es necesario indicar que, a pesar de la regularidad, aparición y secuenciación de los mismos, la demencia afecta a cada individuo de manera diferente pudiendo estacionarse en una de las fases o por el contrario, evolucionar a un ritmo alto o bajo dependiendo no sólo del impacto y efecto de la enfermedad también de las características y estado de la propia persona (14,15).

Tabla 3. Fases de la demencia.

FASE TEMPRANA	FASE INTERMEDIA	FASE AVANZADA
Etapa que tiende a ser ignorada y asociada con la vejez.	Los problemas se manifiestan de manera más llamativa y limitante.	En esta etapa la dependencia del individuo es casi total con graves alteraciones tanto cognitivas como físicas muy incapacitantes.
Tendencia al olvido.	Aumenta el olvido sobre acontecimientos recientes y nombres de personas.	La ubicación temporoespacial está gravemente comprometida.
Pérdida de la noción del tiempo y desorientación en espacios conocidos.	Desubicación en el propio hogar, incapacidad para vivir solo y realizar determinadas tareas como la comida, la compra...etc.	Las necesidades básicas de alimentación y cuidado personal han de ser suplidas o recibir una alta asistencia.
Puede presentar problemas en la comunicación y toma de decisiones.	Aumentan los problemas de comunicación y comprensión.	Aumenta la dificultad para la movilidad y los desplazamientos hasta incluso llegar a estar encamado.
Puede presentar alteraciones en el estado de ánimo y cambios de comportamiento.	Puede no ubicarse dentro de su propia casa ni en el exterior.	Las alteraciones del comportamiento pueden llegar a agresiones, gritos, agitación, golpes...
	Cambios de comportamiento más acentuados. Por ejemplo: gritos, deambulación, alucinaciones (escuchar y ver cosas que no están ahí).	
	Comienzan a necesitar ayuda para las actividades de cuidado personal.	

Fuente: *Demencia una prioridad de salud pública. Organización Mundial de la Salud (OMS).*

1.4 Clasificación y tipos de demencias

Como señalábamos antes, es muy importante tener en cuenta las causas y/o factores a los que son debidos la aparición de demencia en el individuo para poder, de esta manera, identificar ante qué tipo nos encontramos. Existen muchas clasificaciones de las demencias en función del síntoma principal, de la región cerebral afectada, según su etiología... etc. Según su etiopatogenia podemos encontrar (5,14):

- **Demencias primarias o degenerativas:** el factor patogénico principal es la disfunción o pérdidas neuronales debido a alteraciones en su metabolismo. En este grupo encontramos las causas más comunes de demencia. La enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia por cuerpos de Lewy (DCLw), la demencia por degeneración del lóbulo frontotemporal (DFT), etc. son algunos de los ejemplos de demencias corticales. También podemos encontrar la enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, degeneración corticobasal, etc. pertenecientes al grupo de demencias subcorticales. Los grupos de demencias globales o mixtas (combinación de déficits corticales y subcorticales) así como las demencias focales (que cursan con una alteración cognitiva) son formas menos frecuentes dentro de las demencias primarias (5,14).

- **Demencias secundarias:** también el factor patogénico principal es la disfunción o pérdidas neuronales sin embargo, las causas a las que es debido son ajenas al metabolismo de las células, al propio sistema nervioso. Entre algunas de estas causas encontramos: trastornos vasculares, traumatismos, infecciones, tóxicos, etc. Algunos ejemplos de demencia originados son: demencia por VIH, demencia alcohólica, demencia a causa de un tumor, demencia multiinfarto... entre otros. Es en este grupo donde se encuentran la mayoría de causas potencialmente reversibles de la demencia (5,14).
- **Demencias combinadas o de etiología múltiple:** Existen a la vez varias causas que pueden ocasionar la demencia como la demencia mixta (vascular y degenerativa) (5,14).

1.5 Demencias degenerativas

Las presentaciones más comunes de la demencia son junto con la demencia vascular, las demencias degenerativas entre las que se incluyen la enfermedad de Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy y la demencia por degeneración del lóbulo frontotemporal (1) (Tabla 4). De las anteriormente mencionadas, el tipo de demencia más prevalente es la enfermedad de Alzheimer, es por este motivo que muchas de las terapias no farmacológicas, cuyo objetivo es describir en este trabajo, se dirigen en gran parte a este tipo de enfermedad sin menospreciar el resto de demencias o estadios (1,8,10).

Tabla 4. Rasgos más relevantes de las demencias EA, DCL, DFT (5,6).

ALZHEIMER	DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY	DEMENCIA POR DEGENERACIÓN DEL LÓBULO FRONTOTEMPORAL
<p>Inicio insidioso y declive gradual con el avance de la enfermedad.</p> <p>Alteraciones de la memoria y el aprendizaje, en ocasiones déficits de la función ejecutiva.</p> <p>Debido a: mutaciones genéticas, antecedentes familiares, estilo de vida.</p> <p>Supervivencia media tras el diagnóstico de aproximadamente 10 años, en algunos casos 20 años.</p>	<p>Inicio insidioso, declive gradual y agresivo con el avance de la enfermedad.</p> <p>Disfunción cognitiva progresiva.</p> <p>Afectación temprana de la atención compleja y función cognitiva.</p> <p>Alucinaciones visuales y auditivas, delirios, depresión.</p> <p>Manifestaciones motoras parkinsonianas.</p> <p>Supervivencia media de 5-7 años.</p>	<p>Inicio insidioso y declive gradual con el avance de la enfermedad.</p> <p>Dos variantes: del comportamiento y del lenguaje.</p> <p>Apatía, desinhibición, comportamiento compulsivo, ritualismo, pérdida de empatía, afasia.</p> <p>Debido a: factores genéticos, atrofia o menor actividad de regiones cerebrales.</p> <p>Supervivencia menor y declive más rápido que en la enfermedad de Alzheimer, 6-11 años tras el diagnóstico.</p>

1.5.1 La enfermedad de Alzheimer

Alois Alzheimer, en el año 1906, fue quien describió la enfermedad gracias a los estudios clínicos y anatomopatológicos realizados a una mujer de 51 años que debutó con un trastorno de delirio celotípico. Tras el deterioro progresivo de la memoria, desorientación, afasia, apraxia, anoxia y la incapacidad de realizar las actividades cotidianas muere cinco años después (5).

Es una enfermedad neurodegenerativa de carácter progresivo e inicio insidioso mostrando un declive cognitivo y afectación de la conducta de manera gradual. El síntoma principal y más característico es la pérdida de memoria. La memoria interna, a largo plazo es la que mejor se conserva mientras que la memoria a corto plazo, reciente, es la que primero se pierde. Aparecen también con el avance de la enfermedad alteraciones del lenguaje, psicóticas sobre todo en fases leves-moderadas de la enfermedad, alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento. Llegando en fases avanzadas a un importante compromiso de la dependencia del individuo (5,6,15).

1.5.1 a) Factores de riesgo

Existen diferentes factores y causas que afectan o están íntimamente con la enfermedad de Alzheimer. Podemos diferenciarlos en factores de riesgo modificables y no modificables:

- **Factores de riesgo no modificables:**

- La edad supone uno de los riesgos más importantes. La aparición de la EA antes de los 60 años no es muy frecuente sin embargo la prevalencia aumenta a partir de los 60-65 años (5,6,17,18), el número de casos se multiplica por tres cada 10 años a partir de los 65 años de edad (5).
- También hay determinados genes con los que se asocia un aumento del riesgo de padecer EA como en individuos con síndrome de Down. Las mutaciones de diferentes genes y la presencia de familiares que han sufrido EA también suponen un factor de riesgo (5,6).
- Relacionado con el sexo se ha observado un aumento de la incidencia en las mujeres. Hay controversia en cuanto a las razones de este fenómeno, se suele atribuir en su mayoría a la longevidad más alta de las mujeres con respecto a los hombres (5,6). En el año 2015, el último informe del INE, se registraron un total de 15.578 muertes a causa de la enfermedad de Alzheimer de las cuales, 11.004 eran mujeres más del doble que hombres (3).
- Otro de los factores que se han de tener en cuenta son las diferencias étnico-raciales en tanto en cuanto, ser de raza negra aumenta las probabilidades de padecer la enfermedad (5,18).

- **Factores de riesgo modificables:**

- Los factores de riesgo vascular afectan directamente a la posibilidad de desarrollar enfermedades cerebrovasculares entre otras, lo que provoca a su vez que tengan relación con el riesgo a padecer EA (6). La hipertensión, diabetes, obesidad, el tabaco aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y por consiguiente están implicados en desarrollo de la

enfermedad (18,19). Una dieta equilibrada, disminuir las grasas saturadas en el consumo diario, la actividad física actuarían como factores protectores de riesgos vasculares y en consecuencia, del Alzheimer (17,18).

- Se hace referencia también a nivel de educación, en cuanto a estudios y formación académica, sobre su posible influencia en el desarrollo de la enfermedad. No hay datos confirmados pero se estipula que un bajo nivel educativo actuaría como factor de riesgo. Por el contrario, la educación estimularía el crecimiento dendrítico en la corteza cerebral de tal manera que las personas con un nivel de estudios elevado podrían adquirir cierta protección frente al desarrollo de Alzheimer, actuando por tanto como un factor protector (5,18).

1.5.1 b) Diagnóstico

Para la determinación del diagnóstico será necesaria la realización de una entrevista y exploración, tanto física como neurológica, del individuo que presenta la sospecha de afección. Principalmente se hará por eliminación de otras posibles causas de los signos y síntomas que presente el individuo debido a la dificultad para establecerlo. Los familiares y cuidador principal son una gran fuente de información sobre el estado en el que se encuentra (5,15-19).

La etiología de la EA es desconocida es por esto, que la única posibilidad de confirmar el diagnóstico es tras el fallecimiento de la persona mediante el análisis anatomopatológico. En el dicho análisis se vería un depósito extracelular de β -amiloide, en forma de placas seniles, e intracelular de proteínas asociadas a microtúbulos τ , incorrectamente plegada e hiperfosforilada, en forma de ovillos neurofibrilares. La hipótesis de la cascada amiloide explica estos depósitos, es la teoría actualmente aceptada. Además, el diagnóstico será apoyado por la comprobación de la pérdida de neuronas y sus sinapsis, lo que se traduce en una atrofia cerebral (5,6,18).

Serán importantes las pruebas analíticas y diagnósticas como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) con el fin de revelar la presencia de lesiones cerebrovasculares, tumores... o bien cambios en la estructura del cerebro (5,6,19). La atrofia cerebral asociada al avance de la enfermedad afecta a la corteza (haciéndola más delgada y circunvoluciones atróficas) y a la sustancia blanca (5).

Las pruebas tipo test y escalas de valoración son una buena herramienta para evaluar la función cognitiva y además, los cambios que se produzcan en el tiempo con el avance de la EA, algunos ejemplos son: Miniexamen cognoscitivo (MEC) (Anexo 1), Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire) (Anexo 2), Test del reloj (Clock Drawing Test, CDT), Índice de Barthel (Anexo 3), Índice de Lawton (Anexo 4) (16,19)...

El DSM-5 establece los criterios diagnósticos del Alzheimer (Tabla 5).

Tabla 5. Criterios diagnósticos de la demencia tipo Alzheimer. DSM-5

- | |
|--|
| <p>A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.</p> <p>B. Presenta un inicio insidioso y una progresión gradual del trastorno en uno o más dominios cognitivos (en el trastorno neurocognitivo mayor tienen que estar afectados por lo menos dos dominios).</p> <p>C. Se cumplen los criterios de la enfermedad de Alzheimer probable o posible, como sigue:
Para el trastorno neurocognitivo mayor:
Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si aparece algo de lo siguiente;</p> |
|--|

en caso contrario, debe diagnosticarse la enfermedad de Alzheimer posible.

1. Evidencias de una mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer en los ante-cedentes familiares o en pruebas genéticas.
2. Aparecen los tres siguientes:
 - a. Evidencias claras de un declive de la memoria y del aprendizaje, y por lo menos de otro dominio cognitivo (basada en una anamnesis detallada o en pruebas neuropsicológicas seriadas).
 - b. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
 - c. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica, mental o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

Para un trastorno neurocognitivo leve:

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer probable si se detecta una evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los ante-cedentes familiares.

Se diagnostica la enfermedad de Alzheimer posible si no se detecta ninguna evidencia de mutación genética causante de la enfermedad de Alzheimer mediante una prueba genética o en los antecedentes familiares, y aparecen los tres siguientes:

1. Evidencias claras de declive de la memoria y el aprendizaje.
2. Declive progresivo, gradual y constante de la capacidad cognitiva sin mesetas prolongadas.
3. Sin evidencias de una etiología mixta (es decir, ausencia de cualquier otra enfermedad neurodegenerativa o cerebrovascular, otra enfermedad neurológica o sistémica, o cualquier otra afección con probabilidades de contribuir al declive cognitivo).

D. La alteración no se explica mejor por una enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad neurodegenerativa, los efectos de una sustancia o algún otro trastorno mental, neurológico o sistémico.

Fuente: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association. DSM-5.*

1.5.1 c) Fases de la EA

La enfermedad de Alzheimer comprende diferentes etapas o fases mediante las cuales se puede determinar el estado en el que se encuentra el paciente:

- **Fase inicial o leve:** en esta etapa se puede observar una alteración de la memoria, la persona tiene dificultades para recordar nombres de objetos o personas, citas, llamadas... También pueden aparecer cambios bruscos de humor y alteraciones del comportamiento, menos relaciones dentro de su entorno familiar y social. Los pacientes continúan manteniendo la capacidad de comunicarse y comprender las conversaciones aunque surgen dificultades al encontrar las palabras e incluso pueden llegar a mezclar diferentes ideas. A pesar de todo esto, los enfermos pueden seguir desarrollando su vida con normalidad y realizando las actividades de su vida diaria (comer, vestirse, conducir, trabajar, etc.) sin problemas más aparentes que la pérdida de memoria (16,20).
- **Fase intermedia o moderada:** la situación se torna más grave. Las alteraciones de la memoria y del comportamiento se ven más acentuadas. Sucesos recientes como lo que ha desayunado o la visita de un familiar los olvidan, además de no son capaces de

asimilar nuevos hechos que pueden ocurrir como el fallecimiento de un pariente; por el contrario, los recuerdos se mantiene aunque los sitúen mal cronológicamente. A nivel comportamental las reacciones se ven más desproporcionadas (agresividad, irritabilidad, no entender porque no está en casa... etc.). La comunicación se torna más difícil ya que no son capaces de elaborar frases completas, repiten palabras o frases de manera continuada. En cuanto a las actividades de la vida diaria comienzan a tener problemas para vestirse, elegir la ropa, emplear los cubiertos para comer, realizar las labores de aseo... entre otros. Otras actividades como conducir, viajar en transporte público, pasear por la calle, se tornan imposibles por las altas probabilidades que tienen de perderse o acarrear un accidente. Físicamente también se pueden observar dificultades y cambios en la marcha, debilidad muscular, pérdida del equilibrio y tendencia al inmovilismo por miedo y/o imposibilidad de moverse adecuadamente (16,20).

- **Fase severa:** Los hechos más recientes como los pasados dejan de tener sentido para ellos, los olvidan, desconocen a sus hijos, su pareja, hermanos aunque son capaces de reconocer la persona que les cuida y les atiende. Los cambios de comportamiento y humor son imprevisibles. En cuanto a la comunicación, esta se ve completamente afectada, palabras incoherentes, sin sentido, el pensamiento y la comprensión están completamente alterados. Graves dificultades para andar, desplazarse o mantenerse en bipedestación, es indispensable la ayuda para las movilizaciones y cambios posturales para evitar caídas y la aparición de lesiones en la piel. En los estadios finales de la enfermedad es frecuente el encamamiento de las personas, gran rigidez de la musculatura y graves problemas a nivel del organismo y exposición a infecciones y otras enfermedades (16,20).

1.5.1 d) Tratamiento

No existe un tratamiento específico para la curación de aquellos pacientes que sufren de la enfermedad de Alzheimer. Los tratamientos de los que se dispone en la actualidad irán encaminados a paliar los síntomas y enlentecer la progresión (5,21).

d.1) Tratamientos farmacológicos

Se trata de sustancias químicas empleadas para el control de los síntomas emocionales y el comportamiento además del deterioro cognitivo, pérdida de memoria... que causa la EA (21). La elección del tratamiento dependerá de las características del paciente así como del estadio y manifestaciones de la enfermedad (5).

Existe un grupo de fármacos, los inhibidores de la acetilcolinesterasa que actúan evitando la degradación de la acetilcolina que interviene en la sinapsis cortical y la neurotransmisión colinérgica. Relacionados y destinados a la mejora de los síntomas cognitivos como el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, etc. Empleados en fases leves y moderadas. Algunos de estos fármacos son la rivastigmina, galantamina y el donepezilo (5,21).

Otros fármacos como la memantina, empleados en fases moderadas y severas de la enfermedad, actúan sobre los niveles glutamato, como antagonistas, con el fin de evitar favorecer los daños producidos por la EA entre los que están la disfunción neuronal y la muerte celular. Este fármaco también tiene efectos modestos sobre la memoria, el lenguaje, la capacidad funcional, los síntomas cognitivos y el comportamiento (5,22).

Se deben tener en cuenta otro tipo de síntomas conductuales y psicológicos para los cuales se emplean fármacos antipsicóticos, antidepresivos, hipnóticos para mejorar la

agitación, agresividad, ansiedad, etc. Dependiendo del grado de la alteración y la situación del paciente, se utilizan algunos del tipo lorazepam, haloperidol, risperidona, etc. (5,22).

Es necesario tener en cuenta los efectos adversos que pueden provocar los fármacos entre los que están náuseas, vómitos, somnolencia, edemas, hipotensión, pérdida de apetito hasta otros de mayor gravedad como accidentes cerebrovasculares e infartos entre otros (5,21).

d.2) Tratamientos no farmacológicos

Los tratamientos no farmacológicos son terapias e intervenciones no químicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas, tanto para el cuidador principal como para el paciente (8,11). En el siguiente capítulo abordaremos este apartado en profundidad.

CAPITULO II. LAS TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS

Las terapias no farmacológicas (TNF) son un conjunto de intervenciones y actividades que se ponen en práctica con el objeto retrasar el deterioro cognitivo, ayudar al mantenimiento y capacidad funcional de las personas para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, mejora de los síntomas conductuales y emocionales así como la calidad de vida (5,23). En diferentes estudios se muestra la aplicación de este tipo de terapias como una alternativa a los tratamientos farmacológicos (TF), cuando se ha alcanzado el tope de efectividad con los mismos y se necesitan nuevas posibilidades y opciones. Sin embargo, la combinación de ambos tratamientos supone un mejor abordaje de todos los aspectos relacionados con las demencias (5,8,24). La elección del tipo de TNF viene determinada por las necesidades y características del paciente que las recibe (11) y su eficacia y uso preferiblemente es en estadios iniciales o incluso como prevención, antes de los primeros síntomas (16).

Además del abordaje integral de la enfermedad aportando beneficios sobre el comportamiento, las emociones, el desempeño de diversas actividades etc. proporcionando bienestar y mejora de la calidad de vida tanto del afectado como de las personas que le rodean. Suponen también un gran apoyo y ayuda para los cuidadores y familiares, parte fundamental del cuidado (8,11, 25).

Otros aspectos a tener en cuenta y que puede encontrarse dentro del grupo de terapias no farmacológicas, puesto que no implican la administración de fármacos son el estilo de vida de las personas, la dieta y otras sustancias como vitaminas, antioxidantes... La actividad física y mental adecuada al estado de los pacientes, una dieta rica en vitaminas del grupo B, C, D y E, antioxidantes y ácidos grasos no saturados ricos en omega-3 y 6 pueden tener cierto carácter protector frente al Alzheimer, aunque ahí debemos señalar que no se ha podido demostrar en todos los casos (5,26).

Entre las diferentes terapias que se pueden aplicar:

2.1 Estimulación cognitiva y otras técnicas de rehabilitación y entrenamiento cognitivo

La estimulación cognitiva está formada por un conjunto de técnicas y actividades que persiguen la activación y estimulación de las capacidades cognitivas mejorándolas funcionalmente y enlenteciendo el deterioro. Se trata de la aplicación de tareas, de diferentes grados de dificultad adaptada, es decir, comenzando por aquellas más sencillas e ir progresando hacia otras de mayor complicación de tal manera que se evite la frustración y se mejore el estado de ánimo y autoestima del paciente (8,12,27,28).

Las actividades propuestas irán encaminadas al abordaje de las distintas áreas como son el lenguaje y comunicación, la orientación, memoria, atención y razonamiento (8,12).

Los programas de estimulación cognitiva han resultado tener efectos positivos sobre la conducta, el estado emocional y las relaciones (29-31). Suele ser más eficaz y reportar más beneficios cuando se combina con otras terapias como la relajación (8), instrumentos como los ordenadores y la administración de fármacos específicos para la enfermedad que empleándola como única actividad terapéutica (12).

Existen diferentes tareas, ejercicios de cálculo y lenguaje, juegos de asociación de palabras y nombres dentro de los campos de entrenamiento y rehabilitación de las funciones cognitivas. Este tipo de intervenciones suponen un aprendizaje o refuerzo para el mantenimiento y/o recuperación de las capacidades funcionales y relaciones de los pacientes (8,11).

2.2 Musicoterapia

Podemos definir la musicoterapia como la utilización de la música y sus elementos (ritmo, sonido, melodía, armonía) por un profesional cualificado, de manera individual o en grupo, en un proceso cuyo objetivo es facilitar y promover la comunicación y expresión, el aprendizaje, la organización, movilización y otros objetivos terapéuticos relacionados con la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas, sociales, psíquicas y emocionales (10,25,31).

Esta terapia es una de las aplicadas en el campo de las demencias, se trata de un tratamiento no invasivo con el cual se han obtenido buenos resultados como la mejora a nivel conductual y del comportamiento y el funcionamiento cognitivo de la persona, y a su vez otros síntomas como la ansiedad, depresión, agitación... repercutiendo positivamente en la calidad de vida (10,25,31).

Es necesario señalar que los estudios sobre este tipo de intervención son escasos y en algunos casos, mejorables en cuanto a su metodología y diseño por lo que se debe seguir investigando (25,31).

2.3 Intervención asistida con animales

Consiste en el empleo de animales criados y entrenados para apoyar y ayudar en las labores del terapeuta que interviene y trata a los pacientes para conseguir unos objetivos específicos. Para la terapia con animales no vale cualquier tipo de animal, debe estar entrenado y educado para el desarrollo de actividades cuyo fin es conseguir cambios y mejoría a nivel comportamental, físico y conductual de las personas (32,33). A su vez, las actividades asistidas con animales no están sujetas a unos objetivos concretos, tienen un carácter más espontáneo, pueden ser impartidas por personal no cualificado, manteniendo la idea de mejorar la calidad de vida de las personas (33,34).

La terapia asistida con animales se puede emplear para la estimulación de diferentes áreas cerebrales: a nivel físico-motor, atención, memoria y lenguaje, manejo de la autoestima y habilidades sociales y comportamentales (33,34).

El animal funciona como una herramienta, un ayudante, facilita la creación de un ambiente agradable que influye positivamente la relación terapéutica entre paciente y el profesional. De esta manera, el terapeuta puede comenzar a actuar con diferentes estrategias sobre la conducta y los comportamientos alterados (32).

Este tipo de terapia demuestra que hay cambios y mejoría en los pacientes que se someten a ella, comprobando una disminución de la agitación, estrés, ansiedad... y un aumento de los comportamientos e interacciones sociales, mejorando el estado emocional y afectando de manera positiva a la calidad de vida de las personas. A pesar de los beneficios que reporta, existen limitaciones y escasez en los estudios por lo que es necesario seguir investigando en este campo de actuación (32,34).

Florence Nightingale, en 1859 escribió:

“Un pequeño animal de compañía, es a menudo, una excelente terapia contra la enfermedad, y especialmente para la enfermedades hospitalarias de larga duración. Un pájaro en su jaula, es a menudo, el único placer para una persona que está inválida durante años en la misma habitación. Poder alimentarle y limpiarle él solo, le ayuda a recobrar la autoestima y le anima a hacer otras cosas” (34).

2.4 Reminiscencia y Terapia de orientación a la realidad

Ambas intervenciones están enfocadas en la estimulación de la memoria, el lenguaje y comunicación así como el mantenimiento y fortalecimiento de las relaciones sociales (28).

Para las técnicas de reminiscencia se emplean materiales como fotografía, objetos, artículos de periódico, archivos de vídeo a audio gracias a los cuales se intenta provocar el recuerdo de situaciones ya vividas por la persona o hechos históricos, favoreciendo de esta manera la activación de la memoria y los aspectos emocionales que entrañan dichos acontecimientos (5,11,28).

La terapia de orientación a la realidad contribuye a situar y orientar en tiempo, espacio y persona a los pacientes. Ayuda a la comprensión del ambiente que rodea a cada persona así como, aumentar la sensación de control y autoestima y relación con el entorno (5,28).

El uso combinado de ambas técnicas supone una mejora para mantener la conexión entre el paciente y su entorno, la realidad actual en la que se encuentran y las habilidades de comunicación, participación en actividades y relaciones humanas (28).

2.5 Entrenamiento en las actividades de la vida diaria

El conjunto de actividades como la micción programada para control de la incontinencia urinaria, refuerzo y ayuda en el comedor y durante las comidas entre otras; se llevan a cabo con la intención de mantener el mayor grado de autonomía prestando la mínima ayuda posible, dispensada siempre de forma gradual y atendiendo a la necesidades de cada paciente en función de su estado de salud (8,11).

2.6 Apoyo, asesoramiento y educación al cuidador

Los cuidadores son un componente fundamental para proveer los cuidados y satisfacer las necesidades de los pacientes. Existen diferentes intervenciones no farmacológicas orientadas a la educación, asesoramiento y ayuda que facilitan la labor de los cuidadores.

Grupos de apoyo, redes de comunicación en foros, herramientas electrónicas, son algunos de los sistemas mediante los cuales los cuidadores pueden obtener información relacionada con la patología de los pacientes y la forma de abordaje (11).

Asesoramiento y educación, mediante técnicas de aprendizaje se educa a los cuidadores en relación a actividades para el manejo de los pacientes y la utilización de servicios socio-sanitarios. Hay servicios de ayuda a domicilio, centros de día, ingresos de respiro... etc. que ayudan en su labor asistencial a los cuidadores para aliviar la carga que supone la dispensación de cuidados a este perfil de pacientes (11).

Todas estas intervenciones no sólo mejoran el estado de ánimo y calidad de vida de los cuidadores sino que además de contribuir a la prestación de unos cuidados óptimos actúan de manera positiva reduciendo las contenciones y restricciones de los pacientes (8).

2.7 Otros tratamientos e intervenciones no farmacológicas

Encontramos otro tipo de actividades e intervenciones de las cuales no existen muchos estudios aunque cada vez se avanza y profundiza más en la investigación de las TNF. Terapia de luz para la regulación del ritmo circadiano de sueño-vigilia; acupuntura para la mejora a nivel afectivo y cognitivo; estimulación eléctrica transcutánea que consiste en la aplicación de corriente eléctrica para la mejora del sueño, conducta y cognición; arteterapia; actividades recreativas (8); aromaterapia (9)...

CAPITULO III. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC - Nursing Interventions Classification), desde el año 1987, se ha encargado de investigar y recopilar datos e información para la redacción y elaboración de dicha clasificación empleando para ello, un lenguaje específico y estandarizado para describir los tratamientos que llevan a cabo los profesionales de enfermería (35).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) supone la aplicación del método científico a la práctica enfermera, con la asociación de los conceptos NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC - Nursing Outcomes Classification) y NIC, los profesionales de enfermería pueden realizar adecuadamente este proceso y elaborar los planes de cuidados que cubran y atiendan las necesidades de los pacientes (35,36).

El *NNN Consult* es una herramienta online que permite la interrelación y vínculos de los diagnósticos, objetivos e intervenciones empleando un lenguaje estandarizado que facilita la comunicación entre los profesionales así como la realización y composición de los planes de cuidados (36).

Desde el ámbito de la práctica enfermera se pueden llevar a cabo diferentes actividades y terapias no farmacológicas recogidas por el organismo de la NANDA.

Intervención: NIC [4720] Estimulación cognitiva (36)

- Definición: Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.
- Actividades:
 - o Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.
 - o Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.
 - o Hablar con el paciente.
 - o Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.
 - o Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias.
 - o Reforzar o repetir la información.
 - o Fomentar el uso de un programa de multiestimulación (p. ej., cantar y escuchar música, actividades creativas, ejercicio, conversación, interacciones sociales o resolución de problemas) para estimular y proteger la capacidad cognitiva.

Este tipo de intervención supone no sólo la recepción de estímulos por parte de la persona sino que implica también la participación activa en diversas actividades. Es necesario adaptar dichas actividades al grado o estadio de la enfermedad en el que se encuentra la persona de tal manera que el abordaje terapéutico sea adecuado (37). Mediante esta intervención, los profesionales de enfermería son capaces de mantener el nivel de actividad de los pacientes mediante la realización de ejercicios de memoria, canto, mantener una conversación, la interacción social con otros miembros de la comunidad y dentro del seno familiar... etc. Se trata no sólo de intentar preservar la memoria, el pensamiento y la capacidad cognitiva sino también de la autonomía de los pacientes (36).

Intervención: NIC [4760] Entrenamiento de la memoria (36)

- Definición: Mejorar la memoria.
- Actividades:

- Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado.
- Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información.
- Facilitar el uso de la memoria de reconocimiento de imágenes, si procede.
- Animar al paciente a que participe en grupos de programas de entrenamiento de la memoria, según corresponda.

Las actividades recogidas dentro de esta intervención se centran específicamente en la memoria pero se puede incluir o emplear conjuntamente con la estimulación cognitiva. Es indispensable valorar el estado del paciente para la detección de la gravedad del problema puesto que la memoria implica la codificación, almacenamiento y procesado de la información que recibe el individuo y por consiguiente emplear diferentes técnicas adecuadas a la alteración presente, algunas de ellas son: identificación mediante fotografías o letreros la ubicaciones de la casa o centro en el que se encuentre el paciente y objetos, utensilios...etc.; realización de listas o calendarios de actividades; juegos de memoria y asociación... entre otros. Es importante mantener la estabilidad del entorno puesto que una persona con deterioro cognitivo tiene dificultades para adaptarse a los cambios (36,37).

Intervención: NIC [4820] Orientación de la realidad (36)

- Definición: Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y entorno.
- Actividades:
 - Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
 - Hablar al paciente de una manera clara, a un ritmo, volumen y tono adecuados.
 - Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad (p. ej., cuestiones de orientación repetidas que no puedan responderse, pensamiento abstracto cuando el paciente puede pensar sólo en términos concretos, actividades que no puedan realizarse, toma de decisiones más allá de su preferencia o capacidad).
 - Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.
 - Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (p. ej., proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente).
 - Involucrar al paciente en actividades concretas «aquí y ahora» (actividades de la vida diaria) que se centren en algo exterior a sí mismo y que sea concreto y orientado en la realidad.
 - Mostrar sugerencias/posturas físicas (mover la mano del paciente haciendo los movimientos necesarios para cepillarse los dientes), si es necesario, para completar la tarea dada.
 - Animar a la familia a participar en los cuidados basándose en las capacidades, necesidades y preferencias.
 - Etiquetar los artículos del entorno para favorecer su reconocimiento.
 - Utilizar señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación de color del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada.

Se trata del empleo de diversas técnicas gracias a la cuales la persona puede orientarse, es decir, ser consciente de su entorno y del tiempo. Generalmente se centra en el abordaje de

problemas de la memoria episódica y ejecución de actividades. Calendarios, programas de actividades cotidianas como comer, realizar el aseo personal, empleo de cuadros, dibujos, señales de identificación... son algunas de las herramientas que pueden ayudar a ubicarse al paciente tanto en el espacio en el que se encuentra (baño, habitación, comedor...) como en el tiempo (día, mes, año, estación) y el mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria. Es necesario adecuar las actividades a la capacidad de cada individuo (36,37).

Intervención: NIC [4680] Terapia de reminiscencia (36)

- Definición: Utilización del recuerdo de sucesos, sentimientos y pensamientos pasados para facilitar el placer, la calidad de vida o la adaptación a las circunstancias actuales.
- Actividades:
 - o Utilizar la escucha eficaz y habilidades de atención.
 - o Determinar qué método de reminiscencia (p. ej., autobiografía grabada, periódico, revisión estructurada de la vida, álbum de recortes, discusión abierta y narración de historias) es más eficaz.
 - o Introducir estímulos a los cinco sentidos (música para el auditivo, álbumes de fotos para el visual, perfumes para el olfativo) dirigidos para estimular el recuerdo.
 - o Proporcionar apoyo, ánimo y empatía a los participantes.
 - o Utilizar técnicas de comunicación (como enfoque, reflexión y repetición) para desarrollar la relación.

Este tipo de intervención cobra especial importancia en pacientes con demencia y enfermedad de Alzheimer dado que implica la asociación de recuerdos, vivencias, hechos y sentimientos pasados de cada persona (memoria a largo plazo) con el proceso actual o actividad puntual. Tanto por parte de los profesionales de enfermería como de la familia o cuidador principal, se pueden llevar a cabo diferentes actividades que favorezcan el mantenimiento de las funciones y la calidad de vida de las personas. Es importante conocer las experiencias pasadas de cada individuo, su vida, su cultura de tal manera que sea más fácil identificar las herramientas a emplear. Por ejemplo, cuando queremos provocar la atención de los pacientes valiéndonos de la música o de las fotografías debemos emplear para ello aquellas que le sean familiares, esto es, propias de su época, de sus gustos, no sería eficaz emplear una canción de actualidad (36).

Intervención: NIC [4400] Musicoterapia (36)

- Definición: Utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o fisiológico.
- Actividades:
 - o Definir el cambio de conducta y/o fisiológico específico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor).
 - o Informar al individuo del propósito de la experiencia musical.
 - o Elegir selecciones de música concretas representativas de las preferencias del individuo.

El empleo de la música deberá siempre ir ligado a la cultura, edad y preferencias del paciente registrando los cambios conductuales, comportamientos y sentimientos del paciente (36) puesto que uno de sus usos más extendido es sobre este tipo de alteraciones (38).

Intervención: NIC [4320] Terapia asistida con animales (36)

- Definición: Utilización intencionada de animales para conseguir afecto, atención, diversión y relajación.
- Actividades:

- Enseñar al paciente/familia el objeto y el fundamento de la presencia de animales en un ambiente de cuidados.
- Disponer de animales para terapia con el paciente: perros, gatos, caballos, serpientes, tortugas, hámsters y aves.
- Fomentar la expresión de emociones del paciente hacia los animales.
- Organizar ejercicios del paciente con los animales de la terapia, según corresponda.
- Animar al paciente a que juegue con los animales de la terapia.
- Animar al paciente a que alimente/cuide a los animales.

Los animales permiten a los pacientes cuidarlos, jugar, entretenerse, que expresen sus sentimientos centrándose en una actividad concreta (36).

Intervención: NIC [4330] Arteterapia (36)

- Definición: Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte.
- Actividades:
 - Proporcionar instrumentos de arte adecuados al nivel de desarrollo y metas de la terapia.
 - Proporcionar un ambiente tranquilo en el que no haya interrupciones.
 - Comentar la descripción de dibujos o creaciones artísticas con el paciente.
 - Monitorizar la participación del paciente durante el proceso artístico, incluidos los comentarios verbales y el comportamiento.
 - Comparar los trabajos artísticos con el nivel de desarrollo del paciente y las actividades artísticas previas.

Consiste en la utilización del arte como medio de estimulación cognitiva además de permitir al paciente expresarse emocional y creativamente (36).

Intervención: NIC [6670] Terapia de validación (36)

- Definición: Utilización de un método de comunicación terapéutica con ancianos con demencia que se centre en el contenido emocional más que en el contenido concreto.
- Actividades:
 - Determinar la fase de deterioro cognitivo del paciente (p. ej., desorientación, confusión temporal, movimientos repetitivos o vegetación).
 - Evitar el uso de estrategias de validación cuando la confusión se deba a causas agudas, reversibles o cuando esté en la fase vegetativa de la confusión.
 - Escuchar con empatía.
 - Evitar corregir o contradecir las percepciones y experiencias del paciente.
 - Aceptar la realidad del paciente.
 - Hacer preguntas objetivas no amenazantes (p. ej., ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿cómo?).
 - Reformular las afirmaciones, repitiendo las palabras clave del paciente y tratando de adaptarse a su ritmo.
 - Mantener el contacto visual reflejando la mirada en los ojos del paciente.
 - Utilizar el tacto de apoyo (una caricia en la mejilla, hombro, brazo o mano).
 - Hablar el lenguaje del cliente escuchando atentamente los verbos que utiliza y utilizar su sentido preferido (auditivo, visual, cinestésico).
 - Relacionar la conducta con necesidades como amor, seguridad, actividad y utilidad.
 - Ayudar a la persona a encontrar un método de afrontamiento familiar.

Este tipo de intervención se centra en la mejora de la comunicación en pacientes con demencia con el objetivo de restablecer su dignidad, prevenir el abandono, reducir la ansiedad y el aprendizaje de técnicas de comunicación con empatía aceptando la propia realidad del paciente. Se deberá adecuar el tono de voz claro, bajo, evitando preguntas amenazantes, atendiendo a los comportamientos y lenguaje que emplea el paciente, utilizando sus mismas expresiones y manteniendo una postura adecuada y conciliadora como son mantener el contacto visual, escuchando lo que tiene que decir empleando el contacto físico cuando la situación lo requiera y siempre y cuando el paciente lo acepte (36,37).

Intervención: NIC [6460] Manejo de la demencia (36)

- Definición: Proveer un ambiente modificado para el paciente que experimenta un estado confusional crónico.
- Actividades:
 - Incluir a los familiares en la planificación, provisión y evaluación de cuidados, en el grado deseado.
 - Identificar los esquemas usuales de comportamiento para actividades como dormir, utilización de medicamentos, eliminación, ingesta de alimentos y autocuidado.
 - Determinar el historial físico, social y psicológico del paciente, hábitos corrientes y rutinas.
 - Identificar el tipo y grado de déficit cognitivo mediante herramientas de evaluación normalizadas.
 - Proporcionar un ambiente físico estable y una rutina diaria.
 - Hablar con un tono de voz claro, bajo, cálido y respetuoso.
 - Proporcionar pistas tales como sucesos actuales, estaciones del año, lugares y nombres para ayudar en la orientación.
 - Seleccionar los programas de televisión y radio en función de las capacidades de procesamiento cognitivo y los intereses.
 - Comentar con los familiares y los amigos la mejor manera de interactuar con el paciente.
 - Ayudar a la familia a comprender que quizá sea imposible que el paciente aprenda nueva información.
 - Utilizar símbolos, aparte de signos escritos, para ayudar al paciente a localizar la habitación, el baño u otras áreas.
 - Comentar aspectos de seguridad e intervenciones en el hogar.

El manejo de la demencia supone una condensación en líneas generales de las pautas a tener en cuenta para el cuidado de pacientes con esta enfermedad. El profesional de enfermería debe realizar una valoración exhaustiva del estado físico, psicológico y social del paciente, serán los encargados de emplear técnicas de comunicación adecuadas, observar la conducta y tener conocimiento de la vida, cultura y hábitos del paciente. Los enfermeros además tendrán que asesorar a los familiares y cuidadores, brindarán apoyo y serán una fuente de información en materia de cuidados (36).

Intervención: NIC [6462] Manejo de la demencia: baño (36)

- Definición: Control de la conducta agresiva durante la higiene corporal.
- Actividades:
 - Personalizar el baño de acuerdo con las preferencias habituales y/o las tradiciones culturales al respecto.
 - Asegurar la intimidad y la seguridad mientras se desviste y se limpia al paciente.

- Proporcionar un entorno confortable (p. ej., temperatura, iluminación, poco ruido).
- Dedicar tiempo suficiente, sin precipitaciones.
- Dar instrucciones cortas y sencillas.
- Animar al paciente a colaborar en el baño en función de sus capacidades.
- Utilizar material de baño cómodo.

Esta intervención que aunque específica en el baño se puede adecuar y ampliar a las actividades básicas de la vida diaria. El profesional de enfermería será el encargado de averiguar y considerar los hábitos, costumbres y rutinas de los pacientes, valorar su estado y características de la enfermedad siempre el máximo respeto, confidencialidad y dignidad de la persona. La provisión de cuidados de enfermería va enfocada a mantener la autonomía de los pacientes, mejorar la adaptación a los cambios y ayudar de acuerdo a los requerimientos de cada paciente. El mantenimiento de la rutina y estructura mejora la organización y consecución de las actividades. Los pacientes se pueden encontrar en una situación parcialmente comprometida con déficits que suponen la necesidad de supervisión o ayuda parcial (a lavarse o secarse durante el baño, coger los utensilios de aseo o entrar al baño, utilizar los cubiertos para comer, vestirse, atarse los cordones entre otros) o por el contrario la suplencia en dichas actividades es total, dado el grado de dependencia del individuo que no se puede valer por sí mismo. Los profesionales asumirán dichos cuidados en el grado necesario o por el contrario deberán proporcionar los conocimientos e información adecuada a los cuidadores para el desarrollo de las actividades (36,37).

Intervención: NIC [6480] Manejo ambiental (36)

- Definición: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico.
- Actividades:
 - Crear un ambiente seguro para el paciente.
 - Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta.
 - Eliminar los factores de peligro del ambiente (alfombras o mantas sueltas y muebles pequeños, móviles).
 - Disponer dispositivos adaptativos (taburetes o barandillas), según corresponda.
 - Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.

El entorno influye de manera directa en todas las personas y especialmente cuando ciertas capacidades físicas y cognitivas pueden estar alteradas debido a un trastorno o proceso patológico como la enfermedad de Alzheimer. Una de las actividades que los enfermeros deben prestar especial atención es el ambiente en el que los pacientes desarrollan su vida diaria. Barreras arquitectónicas como alfombras, suelos resbaladizos, medicación de difícil reconocimiento, poca iluminación, escaleras sin pasamanos, aceras en mal estado... etc. Son algunos ejemplos con los que pueden convivir diariamente los pacientes. Los profesionales son los encargados de valorar los posibles peligros y actuar para reducirlos mediante la educación sanitaria tanto a pacientes como cuidadores o en casos de mayor gravedad supervisando o supliendo aquellas actividades que lo requieran (desplazamientos, toma de medicación, uso de dispositivos de ayuda entre otros) (36,37).

Intervención: NIC [4310] Terapia de actividad (36)

- Definición: Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.
- Actividades:
 - Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.
 - Ayudar al paciente a centrarse en lo que puede hacer, más que en los déficits.
 - Fomentar actividades creativas, según corresponda.
 - Enseñar al paciente y a la familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.
 - Enseñar al paciente y a la familia a realizar la actividad deseada o prescrita.
 - Ayudar en las actividades físicas habituales (p. ej., deambulación, transferencias, giros y cuidado personal), si es necesario.

Cualquier actividad que se ponga en práctica supone una estimulación para los pacientes y a su vez un intento de mantener el bienestar bio-físico-mental y social de las personas. Los profesionales de enfermería son los encargados de suplir y/o ayudar en la ejecución de ejercicios físicos importantes para el mantenimiento de la autonomía de los pacientes pero también de enseñar a los pacientes y familiares tanto su importancia como la manera de realizarlas. Además supone un valor añadido ya que se pueden evitar situaciones como el aislamiento o soledad y síntomas como la depresión, agitación, ansiedad (36,37).

Intervención: NIC [5360] Terapia de entretenimiento (36)

- Definición: Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las habilidades sociales.
- Actividades:
 - Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.
 - Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales.
 - Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.
 - Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa.

Indispensable para proceder con esta intervención conocer los gustos, preferencias y actividades recreativas de los pacientes. Dentro del abanico de posibilidades que puede haber en cuanto a la oferta de actividades de entretenimiento se ha de tener en cuenta una vez más las capacidades de los pacientes por tanto, las expectativas y los objetivos deben de ser individualizados. El fin con que se ponen en práctica las actividades no es otro que el mantenimiento y/o mejora de las esferas física y psicosocial del individuo, mantener un grado de actividad adecuado y una activación de manera regular. Los enfermeros son los encargados de fomentar las actividades y proveer de la ayuda y recursos necesarios disponibles para efectuarlas (36).

Intervención: NIC [4330] Técnica de relajación (36)

- Definición: Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.
- Actividades:
 - Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.
 - Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.
 - Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas, según corresponda.
 - Sentarse y hablar con el paciente.
 - Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva.

- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda.

Es una técnica empleada junto con otras como musicoterapia, entrenamiento cognitivo, actividad física... sirve para el control de la conducta, el manejo del comportamiento y los sentimientos. Los profesionales son una fuente de conocimiento para los pacientes así como facilitadores de información y fuente de apoyo (36).

Intervención: NIC [7110] Fomentar la implicación familiar (36)

- Definición: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.
- Actividades:
 - Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
 - Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
 - Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados.
 - Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del éste.
 - Identificar otros factores estresantes situacionales para los miembros de la familia.
 - Comentar las opciones existentes según el tipo de cuidados necesarios en casa, como vida en grupo, cuidados en residencia y cuidados por relevo, según corresponda.

Intervención: NIC [7140] Apoyo a la familia (36)

- Definición: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.
- Actividades:
 - Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.
 - Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
 - Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
 - Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.
 - Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales sanitarios mediante el uso de técnicas de comunicación.
 - Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas de afrontamiento adicionales eficaces para su uso propio.
 - Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.
 - Proporcionar cuidados al paciente en lugar de la familia para aliviar su carga y también cuando ésta no pueda ocuparse de los cuidados.
 - Informar a la familia sobre cómo puede ponerse en contacto con el personal de enfermería.

El apoyo a las familias y el fomento de su implicación en los cuidados es clave ya que sobre ellos, sobre el cuidador principal, recae el peso de la atención continua al enfermo. Por tanto,

el papel de enfermería en estas actividades, es tanto educativo y de formación como de ayuda. Los cuidadores deben conocer las expectativas y el desarrollo de la enfermedad, cómo va a afectar en cada fase de la misma, los cambios que se van a producir a todos los niveles del individuo (físico, cognitivo, comportamental) y el grado de dependencia/autonomía esperado, también estrategias de afrontamiento y ejecución. En fases iniciales es conveniente fomentar la autonomía en la medida de lo posible, permitiendo al paciente que se valga por sí mismo o prestando la ayuda justa y necesaria. A medida que la enfermedad avanza y dependiendo de la afectación individual se pueden suceder cambios de comportamiento, errores de comunicación y comprensión que el cuidador deberá abordar de la mejor manera posible. Los profesionales de enfermería son los encargados de asesorar y enseñar a los cuidadores para adquirir los conocimientos necesarios para el cuidado y la aceptación de la situación, suplir aquellos cuidados requeridos para aliviar la carga y proporcionar la información y apoyo que demanden los familiares (36,37,39).

CONCLUSIONES

La demencia es una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial y, de entre sus diferentes causas, la enfermedad de Alzheimer se sitúa como la más común. Las estimaciones sobre el número de personas afectadas reflejan una progresión en aumento para los próximos años.

Hasta el momento, no existe un tratamiento específico que pueda curar la demencia. De entre los tratamientos que se dispone actualmente nos encontramos con dos tipos: farmacológicos y no farmacológicos. Los tratamientos farmacológicos pueden actuar y/o mejorar los diferentes signos y síntomas sin embargo, no pueden resolver la enfermedad y se ha de tener en cuenta los efectos adversos derivados de su uso. En esta esfera es donde pueden actuar como una medida alternativa otro tipo de terapias, las no farmacológicas. No obstante, una combinación de ambos tratamientos supone un mejor abordaje integral de los enfermos.

Las terapias no farmacológicas pretenden mejorar la calidad de vida de las personas actuando para ello sobre el comportamiento, las habilidades, las emociones... empleando técnicas y actividades de estimulación, entrenamiento, manejo enfocadas en el propio paciente, y de asesoramiento, apoyo, educación para los cuidadores, pieza clave del cuidado diario en el domicilio. Este tipo de intervenciones sobre pacientes que sufren la enfermedad de Alzheimer tendrán una mayor eficacia es estadios iniciales, fases leve-moderada, tanto por el grado de deterioro que provoca la enfermedad como la dificultad en su aplicación e investigación en fases graves.

El papel de enfermería en la aplicación de estas intervenciones es fundamental como figura y referente en el cuidado y atención de los enfermos, adaptándose a la situación particular y específica de cada uno de ellos. Como refleja la clasificación de intervenciones de enfermería, existen una amplia variedad de actividades que se pueden desarrollar tanto en materia de educación, como de entretenimiento y control de habilidades sociales y manejo del autocuidado, cuya intención reside en el mantenimiento de funciones y capacidades de los pacientes y la enseñanza, refuerzo y ayuda de los cuidadores.

En los estudios realizados sobre los efectos y beneficios de las TNF, aunque se evidencia su eficacia, también se contempla y atiende a las limitaciones que presentan y la necesidad de continuar investigando sobre este tipo de herramientas y tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. Madrid: OMS; 2016 [actualizado abril de 2016; citado 14 marzo de 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Guía práctica clínica. Demencia: una prioridad de salud pública [Internet]. Washington; 2013 [citado 14 de marzo de 2017] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte año 2015 [Internet]. Madrid: INE; 2017 [actualizado 27 febrero de 2017; citado 14 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf
4. Instituto Cántabro de Estadística. Defunciones de residentes en Cantabria según la causa de muerte para ambos sexos [Internet]. Santander: Instituto Cántabro de Estadística; 2017 [actualizado 1 marzo de 2017; citado 14 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.icane.es/data/deaths-resident-cantabria-cause-both-gender#timeseries>
5. Alberca Serrano R, López-Pousa S. et al. Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. 4ª ed. Madrid: Panamericana; 2011.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5ª Ed. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
7. Olazarán-Rodríguez J, Agüera- Ortiz LF, Muñiz-Schwochert R. Síntomas psicológicos y conductuales de la demencia: prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2012;55:598-608.
8. Olazarán J, Reisberg B. et al. Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. Traducción de Dement Geriatr Cogn Disord. 2010;30:161-178.
9. Martini de Oliveira A, Radanovic M. et al. Nonpharmacological Interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. BioMed Research International. 2015.
10. Rubbi I, Magnani D. et al. Efficacy of video-music therapy on quality of life improvement in a group of patients with Alzheimer's disease: a pre-post study. Acta Biomed for Health professions. 2016; 87(S.4):30-37
11. Muñiz R, Olazarán J. Mapa de terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer. Fundación María Wolf. 2009.
12. Ruiz-Sánchez de León J.M. Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitivo leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. Revista de Logopedia, Fonatría y Audiología. 2012;32:57-66.
13. Carballo-García V, Arroyo-Arroyo M.R. et al. Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. Neurología. 2013;28(3):160-168.
14. Nitrini R, Dozzi Brucki S. Demencia: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias. 2012;12(1):75-98.

15. Carretero V, Pérez Muñano C .et al. Guía práctica para familiares que trabajan con enfermos de Alzheimer. 1st ed. Madrid: Fundación Reina Sofía; 2011.
16. Fundación Reina Sofía. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. 1st ed. Madrid: Fundación Reina Sofía; 2012.
17. Dubois B, Hampel H et al. Preclinical Alzheimer's disease: Definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimer's & Dementia* 12. 2016:292-323.
18. Alzheimer's Association. 2016 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia* 12.2016:459-509.
19. 1. CRE Alzheimer. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca: Diagnóstico [Internet]. Madrid: 2017 [actualizado 25 enero 2016; citado 20 junio 2017]. Disponible en: http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/alzheimer_demencias/alzheimer/enfermedad/diagnostico/index.htm
20. Fases del Alzheimer - Fundación Alzheimer España [Internet]. Alzfae.org. 2017 [actualizado 25 noviembre 2015; citado 20 junio 2017]. Disponible en: <http://www.alzfae.org/alzheimer/fases-alzheimer>
21. Hogan MD David B, Bailey MD Peter. et al. Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia . *CMAJ*. 2008;179(10):1019-26.
22. Hort J, O'Brien J.T. et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*.2010; 17: 1236-1248.
23. Regier N.G, Hodgson N.A. et al. Characteristics of Activities for Persons with Dementia at the Mild, Moderate, and Severe stages. *Gerontologia*. 2016;00(00):1-11.
24. Wübbeler Markus, René Thyrian. et al. Nonpharmacological therapies and provision of aids in outpatient dementia networks in Germany: utilization rates and associated factors. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2015;8:229-236.
25. Solé Resano C, Mercadal-Brotons M. et al. Personas mayores con demencia institucionalizadas: efectos de la musicoterapia versus los talleres de reminiscencia-recreación. *INFAD Revista de Psicología*. 2015;2(1):25-34.
26. Mendiola-Precoma J, Berumen L.C, Padilla K, Garcia-Alcocer G. Therapies for prevention and treatment of Alzheimer's disease. *BioMed Research International*. 2016.
27. 1. CRE Alzheimer. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca: Terapias no farmacológicas [Internet]. Madrid: 2017 [citado 20 junio 2017]. Disponible en: http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/index.htm
28. Matilla-Mora R, Martínez-Piedrola R.M. et al. Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(6):349-356.
29. García-Alberca J.M. Las terapias de intervención cognitiva en el tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. Evidencias sobre su eficacia y correlaciones neurobiológicas. *Neurología*. 2015;30(1):8-15.

30. Fernández-Calvo B, Rodríguez-Pérez R. et al. Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicotherma*.2011;23(1):44-50.
31. Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla. et al. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(5):238-242.
32. Debra M. Sellers PhD CTRS. The Evaluation of and Animal Assisted Therapy Intervention for Elders with Dementia in Long-Term Care. *Activities, Adaptation & Aging*. 2006;30(1):61-77.
33. Elipe López I. La terapia asistida con animales: una nueva dimensión en la rehabilitación neuropsicológica. *Neuropsicología* [Internet]. 2013 [citado 12 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.aepccc.es/blog/item/la-terapia-asistida-con-animales-una-nueva-dimension-en-la-rehabilitacion-neuropsicologica.html>
34. Muñoz Lasa S, Máximo Bocanegra N. et al. Intervenciones asistidas en neurorrehabilitación: una revisión de la literatura más reciente. *Neurología*. 2015;30(1):1-7.
35. Bulechek G.M, Butcher H.K, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
36. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. 2017 [citado 20 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
37. Becerra Pino M, Valdés Escárcega M. Abordaje no farmacológico de las demencias. *Arch Neurocién (Mex)*. 2016;20(Supl-especial-I): 95-102.
38. Gómez-Romero M, Jiménez-Palomares M. et al. Beneficios de la musicoterapia en las alteraciones conductuales de la demencia. Revisión sistemática. *Neurología*. 2017;32(4):253-263.
39. González V, Jordán V. et al. Satisfacción de los asistentes después de recibir educación sanitaria enfermera en demencia degenerativa. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2016;44(C):16-24.

ANEXOS

Anexo 1: Mini-Examen Cognoscitivo de LOBO (MEC)

Nombre del paciente:

Fecha:/...../..... Examinador:.....

Nivel Educativo:

Nivel de Conciencia: Alerta: Obnubilación: Estupor: Coma:

	PUNTOS
1. ORIENTACIÓN: Preguntar primero la fecha y después las partes omitidas.	
“Dígame en que día de la semana estamos ¿qué fecha es hoy?: Día: Mes: Estación: Año:	(5)
“Dígame donde estamos:Planta:..... Ciudad: Provincia: País:	(5)
2. MEMORIA DE FIJACIÓN: Decir al paciente que vamos a explorar su memoria, y entonces le instamos a que “Repita estas 3 palabras: Peseta – Caballo - Manzana” y las recuerde (la primera repetición es la que determina la puntuación de 0 a 3. Repetirlas hasta que las aprenda, con un límite de 6 intentos, y apuntar el número de intentos; si no aprende las 3 no se podrá explorar la memoria de evocación; Nº de intentos: (.....))	
“Repita estas 3 palabras: Peseta, Caballo, Manzana”	(3)
3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
“Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?: 30; (5 restas) (1 punto por cada resta correcta)	(5)
“Repita 5 – 9 – 2” Repetir hasta que los aprenda y apuntar el Nº de intentos, Nº: (.....) “Ahora repítalos hacia atrás”	(3)
4. MEMORIA DE EVOCACIÓN	
“¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?”	(3)
5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto? Mostrar un reloj ¿y esto? Un punto por cada respuesta correcta	(2)
“Repita esta frase: en un trigal había cinco perros”. Un punto si correcto	(1)
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son un perro y un gato?: ¿y el rojo y el verde?:	(2)
“Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” Un punto por cada acción correcta	(3)
“Lea esto y haga lo que dice: cierre los ojos” (ver dorso de la página, nota 1)	(1)
“Escriba una frase” (ver dorso de la página, nota 2). Debe ser escrito espontáneamente, no vale dictarla. Debe contener sujeto, verbo y predicado y tener sentido. No es precisa una gramática correcta. No vale la firma.	(1)
Cogiendo una hoja en blanco se le dice: “Copie este dibujo exactamente” (ver dorso de la página, nota 3) Dos pentágonos (5 lados) cerrados y los dos deben hacer intersección para puntuar 1 punto. No importa el temblor o la rotación.	(1)
PUNTUACIÓN TOTAL	(35)

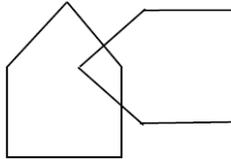
Nota 1: "Lea y haga lo que dice"

CIERRE LOS OJOS

Nota 1: "Escriba una frase"

.....
.....

Nota 1: "Copie este dibujo"



PUNTUACIÓN (> 65 años)

- Deterioro cognitivo leve: < 28 puntos
- Deterioro cognitivo grave: < 24 puntos

Normas básicas para una correcta aplicación del Mini-examen Cognitivo (MEC) de Lobo:

1-FIJACIÓN:

Repetir claramente cada palabra. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al PRIMER intento. Hacer hincapié en que lo recuerde, ya que más adelante se le preguntará

2-CONCENTRACIÓN:

Si el paciente no lo entiende, se le debe estimular un poco y se puede reformular la pregunta de la siguiente manera: "Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan?"; y a continuación siga dándome de 3 en 3, pero sin repetir la cifra que le dé". Se dará un punto por cada sustracción correcta: por ejemplo 30 menos 3 igual a 28 (se le dará 0 puntos), pero si la siguiente sustracción es 25 se dará 1 punto.

En la cifra 5-9-2 se da un punto por cada dígito en posición inversa correcta. Si dice 9-2-5 le corresponderá 1 solo punto.

3-LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

- Para darle un punto en verde-rojo tiene que responder inexcusablemente "colores". Para perro-gato la contestación exclusiva es animales o animales de determinadas características o bichos.
- Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la mesa, en el suelo, etc. si coge el papel con la mano izquierda es un fallo, si lo dobla más de dos veces es otro fallo.
- Para los test de escritura y lectura, se concederá un punto si independientemente de que lo lea en voz alta, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente. Recaltar antes, dos veces como máximo que lea y haga lo que pone en el papel.
- Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario usar un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para darle un punto.
- Figuras, la ejecución correcta requiere que cada pentágono tenga 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

Anexo 2: Escala de PFEIFFER - Valoración cognoscitiva

Nombre del paciente:

Fecha:/...../..... Examinador:

	PUNTOS
1. ¿Cuál es la fecha de hoy?	(1)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	(1)
3. ¿Cuál es el nombre de este sitio?	(1)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o ¿Cuál es su dirección?	(1)
5. ¿Qué edad tiene?	(1)
6. Dígame la fecha de su nacimiento	(1)
7. ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?	(1)
8. ¿Cómo se llama el anterior Presidente de Gobierno?	(1)
9. Dígame el primer apellido de su madre	(1)
10. Reste de tres en tres desde veintinueve	(1)
PUNTUACIÓN TOTAL	(1)

PUNTUACIÓN

- De 0 a 2 Errores: Funcionamiento Intelectual Intacto
- De 3 a 4 Errores: Deterioro Intelectual Leve
- De 5 a 7 Errores: Deterioro Intelectual Moderado
- De 8 a 10 Errores: Deterioro Intelectual Severo

Cada error suma un punto, entre tres y cuatro errores sugiere deterioro cognitivo.

Adjudicar 1 punto menos a las personas que tiene estudios universitarios

En caso de deterioro cognitivo, el médico, psicólogo o psiquiatra, aplicará los criterios del DSM IV de Demencia.

Anexo 3: Índice de Barthel modificado (IB-m) (16)

<p>Baño</p> <p>5 Independiente. No necesita a ninguna otra persona presente. Puede ser en bañera, ducha o al lavarse por partes, incluida la espalda.</p> <p>4 Requiere supervisión para entrar/salir de la bañera o supervisión por seguridad, para testar la temperatura del agua, etc.</p> <p>3 Requiere asistencia para entrar/salir de la bañera, lavarse o secarse.</p> <p>1 Necesita asistencia en todas las fases del baño.</p> <p>0 Totalmente dependiente.</p>
<p>Aseo</p> <p>5 Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes y, en los varones, afeitarse, utilizando por sí mismo el enchufe de la maquinilla si es eléctrica.</p> <p>4 El paciente necesita mínima ayuda en algo de lo anterior, pero dirige solo todo el proceso.</p> <p>3 Necesita ayuda en alguna o más de las tareas anteriores.</p> <p>1 Requiere asistencia en todos los pasos de la higiene.</p> <p>0 Dependiente.</p>
<p>Vestido</p> <p>10 Incluye abrocharse y desabrocharse la ropa y atar/desatar cordones.</p> <p>8 Requiere mínima asistencia para lo especificado anteriormente.</p> <p>5 Necesita asistencia en ponerse o quitarse cualquier elemento (ropa o calzado).</p> <p>2 El paciente participa en algún grado, pero es dependiente en todos los aspectos del vestido.</p> <p>0 Dependiente, no participa en la actividad.</p>
<p>Alimentación</p> <p>10 Totalmente independiente.</p> <p>8 Es independiente si se le prepara una bandeja, pero necesita ayuda para cortar la carne, abrir una caja de cartón que contenga leche o abrir un tarro de mermelada. Por lo demás, no es necesaria la presencia de otra persona.</p> <p>5 Se autoalimenta con supervisión; necesita ayuda en tareas como echar azúcar, sal o pimienta o extender mantequilla, por ejemplo.</p> <p>2 Puede utilizar algún cubierto, usualmente una cuchara, pero necesita asistencia activa de alguien durante la comida.</p> <p>0 Dependiente en todos los aspectos.</p>
<p>Ir al retrete</p> <p>10 Entra y sale solo, se abrocha y se desabrocha la ropa, se coloca en su sitio, evita el manchado de la ropa y usa papel sin ayuda. Puede usar un orinal por la noche, pero debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo.</p> <p>8 Requiere supervisión por seguridad. Necesita asistencia para vaciar y limpiar el orinal.</p> <p>5 Requiere asistencia para manejar la ropa, levantarse, sentarse o lavarse las manos.</p> <p>2 Requiere asistencia en todos los aspectos.</p> <p>0 Dependiente total.</p>
<p>Escaleras</p> <p>10 Sube y baja un piso de escaleras sin ayuda y supervisión. Puede usar bastón, barandilla o muleta y debe acarrearlos si los usa.</p> <p>8 Generalmente no requiere asistencia, aunque a veces necesita supervisión para seguridad, por ejemplo por rigidez matutina, disnea, etc.</p> <p>5 Requiere de alguna asistencia o lo hace solo, pero sin poder acarrear las ayudas que normalmente usa.</p> <p>2 Requiere asistencia en todos los aspectos.</p> <p>0 Dependiente total.</p>
<p>Micción</p> <p>10 Continente día y noche; independiente para manejar sonda, bolsa colectora, etc.</p> <p>8 Generalmente seco día y noche, pero puede tener algún accidente ocasional; necesita mínima ayuda con la sonda o pañal.</p> <p>5 Generalmente seco de día pero no de noche; necesita asistencia con la sonda o pañal.</p> <p>2 Incontinente pero ayuda y colabora en la colocación de la sonda o pañal.</p> <p>0 Incontinente total.</p>
<p>Deposición</p> <p>10 Continente e independiente para utilizar supositorios o enemas.</p> <p>8 Requiere supervisión para supositorios o enemas. Accidentes ocasionales.</p> <p>5 No puede utilizar supositorios o enemas por sí mismo y/o tiene frecuentes accidentes, pero puede asumir por sí mismo la posición apropiada. Requiere ayuda para colocarse el pañal.</p> <p>2 El paciente necesita ayuda para asumir la posición apropiada, con enemas y supositorios.</p>

0 Incontinente total.
<p>Traslado (sillón/cama)</p> <p>15 Independiente. En caso de paciente en silla de ruedas, puede acercarse a la cama, frenarla, elevar los descansables, colocarse en la cama, tenderse, volver a sentarse en el borde de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y volverse a sentar en ella.</p> <p>12 Supervisión por seguridad.</p> <p>8 Requiere la asistencia de una persona.</p> <p>3 Aunque participa, necesita máxima asistencia de otra persona.</p> <p>0 Incapaz de participar. Se necesitan dos personas para la transferencia.</p>
<p>Deambulaci3n</p> <p>Sin silla de ruedas</p> <p>15 Camina 50 metros sin ayuda o supervisi3n. Puede usar cualquier ayuda.</p> <p>12 Camina solo, pero no 50 metros sin ayuda o supervisi3n, necesita ser supervisado en situaci3n peligrosa.</p> <p>8 Requiere asistencia para alcanzar las ayudas o manipularlas. Necesita la asistencia de una persona incluso para cortas distancias.</p> <p>3 Requiere la presencia de m1s personas durante la marcha.</p> <p>0 Incapaz. Paciente en silla de ruedas.</p> <p>Con silla de ruedas</p> <p>5 Capaz de propulsar por s3 solo la silla, doblar esquinas, dar la vuelta, manejarse y colocarla en posici3n apropiada al lado de la mesa, la cama y el retrete, y empujar su silla al menos 50 metros.</p> <p>4 Autopropulsi3n. Necesita m3nima ayuda en esquinas muy cerradas.</p> <p>3 Se necesita una persona para que coloque la silla en posici3n adecuada al lado de la cama, en la mesa, manipule la silla en la habitaci3n, la adapte a las mesas, etc.</p> <p>1 Autopropulsi3n, solo cortas distancias por terreno llano.</p> <p>0 Dependiente.</p>
<p>Observaciones</p> <p>Puntuaci3n total</p> <p>Se evalúan 10 actividades b1sicas segun sea su independencia y necesidad de ayuda en cada una de ellas.</p> <p>Los rangos de clasificaci3n son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0-20: Dependencia total. • 21-60: Dependencia severa. • 61-90: Dependencia moderada. • 91-99: Dependencia escasa. • 100: Independencia.

Anexo 4: Índice de Lawton y Brody (16)

<p>Teléfono Utilizar el teléfono por propia iniciativa, buscar y marcar los números1 Sabe marcar números conocidos1 Contesta al teléfono, pero no sabe marcar.....1 No utiliza el teléfono en absoluto0</p>	<p>Lavar la ropa Lava solo/a toda la ropa1 Lava solo prendas pequeñas (calcetines, medias, etc.)1 La ropa la tiene que lavar otra persona0</p>
<p>Compras Realiza todas las compras necesarias de manera independiente1 Solo sabe hacer pequeñas compras0 Ha de ir acompañado para cualquier compra0 Completamente incapaz de hacer la compra0</p>	<p>Transporte Viaja por sí solo/a, utiliza transporte público/conduce coche1 Puede ir solo en taxi, no utiliza otro transporte público1 Solo viaja en transporte público si va acompañado1 Viajes limitado en taxi o coche con ayuda de otros (adaptado)0 No viaja en absoluto0</p>
<p>Preparación de la comida Organiza, prepara y sirve cualquier comida por sí solo/a ...1 Prepara la comida solo si se le proporcionan los ingredientes.....0 Prepara, calienta y sirve la comida, pero no sigue una dieta adecuada0 Necesita que le preparen y le sirvan la comida0</p>	<p>Responsabilidad respecto a la medicación Es capaz de tomar la medicación a la hora y en la dosis correcta solo/a1 Toma la medicación solo si se la preparan previamente0 No es capaz de tomar la medicación solo/a0</p>
<p>Tareas domésticas Realiza las tareas de la casa por sí sola, solo ayuda ocasional1 Realiza tareas ligeras (fregar platos, camas.....).....1 Realiza tareas ligeras, pero no mantiene un nivel de limpieza adecuado1 Necesita ayuda, pero realiza todas las tareas domésticas0 No participa ni hace ninguna tarea0</p>	<p>Capacidad de utilizar el dinero Se responsabiliza de asuntos económicos solo/a1 Se encarga de compras diarias, pero necesita ayuda para ir al banco1 Incapaz de utilizar el dinero0</p>
<p>La máxima puntuación en mujeres podrá ser de 8 y en hombres de 5. Los rangos de puntuación son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5-8: Autónomo. • 4: Dependencia ligera. • 2-3: Dependencia moderada. • 1: Dependencia severa. • 0: Dependencia total. 	<p>Total: Hombres: / 5 Mujeres: / 8</p>